Aus der chirurgischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau.
(Primärarzt: Prof. Dr. Tietze.)

Beitrag zur Pathogenese und Klinik des Lebercavernoms.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Hermann Nossen,
Volontär-Assistenzarzt an der medizinischen Universitäts-Klinik Breslau.

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Geheimrat Prof. Dr. Küttner.

Nur selten werden Cavernome der Leber Gegenstand chirurgischer Behandlung, sind sie es doch, die von den zahlreichen Erkrankungen der Leber in der Mehrzahl der Fälle die geringste Bedeutung für die klinische und chirurgische Behandlung bieten. In der Leber kommen Cavernome überall vor, meist jedoch in den oberflächlichen Teilen, und zwar an der konvexen Fläche des rechten Leberlappens in der Nähe des Ligamentum suspensorium, mitunter auch neben den Venae hepaticae. Ihre Größe ist sehr wechselnd; sie können stecknadelkopfgroß, hasel- bis walnußgroß werden, ja sogar Kindskopfgröße erreichen. Letzeres ist jedoch eine Seltenheit. Bisher sind etwa 14 Resektionsfälle publiziert worden, aber nur in einem einzigen dieser Fälle ist bereits die klinische Diagnose auf Lebercavernom gestellt worden. Auf der Leberoberfläche imponieren die Cavernome als dunkelblaurote Knoten und tragen, abgesehen von den nur selten vorkommenden übermäßig entwickelten Tumoren, kaum zur Vergrößerung des Lebervolumens bei. Das Innere der cavernösen Geschwulst zeigt ein Netz von feineren und gröberen Trabekeln, welche zahlreiche, vielfach verästelte, Blut führende Hohlräume begrenzen. Durch Injektionsversuche ist festgestellt worden, daß diese Hohlräume miteinander in Verbindung stehen. Im allgemeinen zeigen Cavernome prall-elastische Konsistenz, bei größeren Tumoren kann man in den meisten Fällen eine scharfe Grenze gegen das Leberparenchym feststellen. Was die Lokalisation der Lebercavernome zu den Gefäßen betrifft, so fand Virchow, daß sich einzelne größere Gefäße, Pfortader, auch Äste der Lebervenen, bis fast in die Masse der Geschwulst fortsetzten, in anderen Fällen wieder gingen die Gefäße durch die Geschwulst hindurch oder lösten sich in ihr in feinste Äste auf. Nach anderen Befunden hatten sich die Cavernome an der Wand größerer Pfortader- oder Lebervenenstämme lokalisiert, ohne jedoch mit diesen zu kommunizieren.

Die Untersuchungen über die Pathogenese des Lebercavernoms haben Anlaß zur Aufstellung folgender Theorien gegeben:

I. Die Theorie der primären Bindegewebswucherung.
II. Die Stauungstheorie.
III. Die Theorie der primären Leberzellenatrophie.
IV. Das Trauma.
V. Die Theorie der Gallenstauung.
VI. Die Ribbertsche Theorie der Gewebskeimversprengung.
VII. Nach Schmieden handelt es sich um eine Gewebstransposition im Sinne Lubarschs.
VIII. Nach Ludwig spielen die post partum einsetzenden und doch in der Hauptsache sich abspielenden Rückbildungsprozesse die wesentlichste Rolle.

Zusammenfassend muß gesagt werden, daß trotz zahlreicher Untersuchungen die Pathogenese der Lebercaverome nicht eindeutig geklärt ist.

Selten nehmen Lerbercavernome solchen Umfang an, daß sie klinische Erscheinungen bieten. Wachsen sie aber zu großen Tumoren heran, dann bereiten sie durch Druck auf die Nachbarorgane und peritoneale Reizerscheinungen erhebliche Beschwerden. Im allgemeinen ist das Befinden der Patienten kaum beeinflußt, allerdings ist zu bedenken, daß sehr umfangreiche Tumoren durch Ruptur infolge Trauma den Verblutungstod herbeiführen können. Langer veröffentlicht einen Fall von Lebercavernom, das in gefülltem Zustande etwa 5 kg wog. Die Beschwerden des Patienten waren verhältnismäßig gering, sie bestanden in behindertem Gehen, Kreuzschmerzen und Kurzatmigkeit bei der Arbeit. Keine Kachexie, keine Ödeme, nur geringer Ascites. Lebercavernome können aber auch ungeheure Beschwerden machen, den Patienten in einen geradezu desolaten Zustand versetzen und dadurch zur Operation zwingen. Das beweist uns der von Noetzel publizierte Fall. Der einzige Fall von Lebercavernom, der bereits klinisch als solches diagnostiziert worden ist, ist der von Israel. Das pathognomonische Symptom war, daß die bei einem 39jährigen Patienten im Epigastrium seit einem Jahre bemerkte Geschwulst durch zunehmenden Druck mit der flachen Hand zum Verschwinden gebracht werden konnte und mit dem Nachlassen des Druckes wieder ihr altes Volumen erreichte. Verfasser hat auf der chirurgischen Abteilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau einen Fall von Lebertumor mit beobachten können, der sich bei der Operation gleichfalls als Cavernom erwies. Es war in diesem Falle ein nicht ganz leicht zu deutender Ikterus mit gleichzeitiger Glykosurie aufgetreten. Der Ikterus hätte sowohl im Sinne einer Sekundärinfektion der Gallenwege bei einer Erkrankung des Leberparenchyms, wie im Sinne einer Kompression der großen

Gallengänge gedeutet werden können. Das klinische Bild konnte in vieler Hinsicht an das Bestehen einer Pankreascyste denken lassen. Es war ferner eine Albuminurie aufgetreten, die wohl so zu deuten ist, daß sie entweder toxisch durch die Gallenbestandteile erzeugt wurde oder eine Teilerscheinung des infektiösen Prozesses darstellte.

Welche diagnostischen Gesichtspunkte ergeben sich für die Klinik des Lebercavernoms? Nach Genersich sollen Stauungen und besonders die Schwangerschaft und das Tragen eines Mieders fördernd auf die Entstehung und das Wachstum der Lebercavernome einwirken. In fast allen publizierten Fällen war die Geschwulst von der unteren Leberfläche ausgegangen. Cavernome sind meist gut verschieblich, nur lassen sie sich nach oben infolge des Zusammenhanges mit der Leber schlecht abgrenzen. Die Perkussion ist kein eindeutiges Hilfsmittel. Das von Israel beobachtete Phänomen der Kompressibilität hat sich nur in einem einzigen Falle gezeigt. Die klinische Diagnosenstellung des Lebercavernoms hängt vor allem auch von der Ausschließung der differentialdiagnostisch in Betracht kommenden Lebertumoren ab. Solche sind Cysten, der Echinococcus. Differentialdiagnostisch muß auch das Krankheitsbild der Pankreascyste ausgeschlossen werden. Die Luftaufblähung des Darmes ist auch kein eindeutiges Hilfsmittel zur Diagnostik der Lebertumoren. Die Probepunktion ist durchaus nicht zu empfehlen. Nach Genersich gibt es kein pathognomonisches Zeichen für die klinische Diagnose, doch sollen die hochgradige Beweglichkeit des Tumors, die Fortsetzung des Leberrandes auf denselben und der Umstand, daß die Geschwulst den Atembewegungen folgt, ferner, daß der unten beiderseits gut umfaßbare Tumor nach oben nicht abgrenzbar ist, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose unterstützen.

Eine Therapie kommt nur in Frage bei sehr umfangreichen und durch klinische Sensationen sich bemerkbar machenden Tumoren. Dieselbe besteht in der Exstirpation des Cavernoms, zu welchem Verfahren von Eiselsberg, Pfannenstiel und Rosenthal einige Hinweise gegeben haben. Ein Verfahren zur Methode der Leberresektion hat Tietze angegeben (Allgem. Med. Zentralzeitung 1905, S. 249). Die größte Gefahr bietet die Blutung, die zu bekämpfen wohl die größte Schwierigkeit der Operationstechnik bedeutet.

Bezüglich der Prognose der Operation des Lebercavernoms kann man wohl sagen, daß dieselbe eine ziemlich gute ist.